



# ผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้แนวทางการดูแล ผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราในแผนพัฒนา ระบบบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม

## Clinical Outcomes of Implementing Guideline for Alcohol Use Disorder in Service Plan at Mahasarakham Province

ณัฐวิรัตน์ เอนกวิทย์\*

Natwarat Anekwit\*

\* กลุ่มงานสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลมหาสารคาม

\* Department of Mental Health, Psychiatry and Drugs, Mahasarakham Hospital

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาอัตราการเข้าถึงบริการและผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้แนวทางการดูแลผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม **วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์เปรียบเทียบอัตราการเข้าถึงบริการก่อนและหลังการใช้แนวทาง เวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราและมีอาการถอนสุรา ภายใต้แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม (CPG-AWS) โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลของผู้วิจัยสร้างไว้และข้อมูลเวชสถิติของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ด้วยรหัสโรค F10.1-F10.5 ตาม ICD-10 จากโรงพยาบาลอำเภอ 12 แห่งในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2556 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2561 ใช้สถิติเชิงพรรณนา, Odds ratio และ Chi-square

**ผลการศึกษา** พบผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราจากการคัดกรองด้วยแบบคัดกรอง ASSIST-Thai ทั้งสิ้นจำนวน 3,610 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 95.43 เป็นผู้ติดสุราร้อยละ 40.89 อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย F10.2 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จากร้อยละ 5.40 เป็นร้อยละ 35.10,  $p < 0.01$ ) ร้อยละของผู้ป่วยส่งต่อจากภาวะสับสนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จากร้อยละ 0.50 เป็นร้อยละ 0.10,  $p = 0.02$ ) ผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราสามารถเลิกดื่มสุราติดต่อกันตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 2.99 และไม่พบการเสียชีวิตจากการนำแนวทางการดูแลมาใช้

**สรุป** การใช้แนวทางการดูแลผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคามช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการมากขึ้น และผลลัพธ์ทางคลินิกภายหลังมีการดูแลรักษาผู้ป่วยดีขึ้น

**คำสำคัญ** แนวทางการดูแล ผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

Corresponding author: ณัฐวิรัตน์ เอนกวิทย์

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561; 63(4): 371-382

## ABSTRACT

**Objectives :** To evaluate service accessibility rate and clinical outcomes of patients with alcohol use disorder before and after implementing the clinical guideline in service plan of Mahasarakham province.

**Methods :** This was an analytic study aimed to compare accessibility rate and clinical outcomes before and after implementing clinical practice guideline for patients with alcohol use disorder in service plan of Mahasarakham province (CPG-AWS). The participants were patients aged above 15 years old diagnosed with F10.1-F10.5 by ICD-10 criteria and had alcohol withdrawal symptoms. Data were collected by clinical record forms and medical records from the twelve district hospitals under the service plan of Mahasarakham province between October 1<sup>st</sup>, 2013 and January 31<sup>st</sup>, 2018. Data analysis was done by using descriptive statistics, Odds ratio and Chi-square.

**Results :** After clinical guideline implementation, total number of patients with alcohol use disorder was 3,610 with male preponderance (95.43%). 40.89% of those patients were diagnosed with alcohol dependence (F10.2). Service accessibility rate of patients with F10.2 diagnosis increased significantly from 5.40% to 35.10% ( $p < 0.01$ ). Percentage of referral patients with delirium tremens also decreased significantly from 0.50% to 0.10% ( $p = 0.02$ ). There were 108 patients (2.99%) with sustained full remission after 1 year. No death case reported after using the guideline.

**Conclusion :** Implementation of the clinical guideline in service plan of Mahasarakham province for patients with alcohol drinking behaviors increased the service accessibility rate and the clinical outcomes was correspondingly improved.

**Keywords :** guideline, alcohol use disorder, service plan

---

Corresponding author: Natwarat Anekwit

J Psychiatr Assoc Thailand 2018; 63(4): 371-382

## บทนำ

ปัญหาการดื่มสุราพบได้บ่อยและส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของประชากรเป็นอย่างมาก ปี พ.ศ. 2555 มีรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า การเสียชีวิตทั่วโลกมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการดื่มสุราถึงร้อยละ 5.90<sup>1</sup> การสำรวจประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2557 พบว่าร้อยละ 16 ของประชากรเคยมีช่วงหนึ่งของชีวิตที่ดื่มปริมาณมาก<sup>1</sup>

ในประเทศไทยมีการศึกษารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของคนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2554 พบว่า ความชุกของการดื่มสุราในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาคิดเป็นร้อยละ 31.50 ความชุกของนักดื่มเพศชายสูงกว่าหญิง 5 เท่า การศึกษาภาวะโรคของประชาชนไทยใน พ.ศ. 2552 พบว่า การบริโภคเครื่องดื่มสุราก่อให้เกิดการเสียชีวิตของประชากรเพศชายไทยคิดเป็นร้อยละ 8.60 ของการเสียชีวิตทั้งหมด การดื่มสุราทำให้ประชากรไทยเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (years of life lost; YLL) คิดเป็นร้อยละ 10.90 และการดื่มสุราทำให้ประชากรไทยมีชีวิตรอดอยู่กับความพิการสะสม คิดเป็นร้อยละ 24.40 ของปีแห่งการสูญเสียความบกพร่องทางสุขภาพ (years of life lost due to disability; YLDs) หากพิจารณาในมิติภาวะโรคโดยรวม ประชาชนไทยสูญเสียจำนวนปีแห่งสุขภาพ (disability-adjusted life years; DALYs) รวมทั้งสิ้น 10.2 ล้านปี โดยภาวะโรคที่สำคัญจากการดื่มสุรา คือ ปัญหาด้านสุขภาพจิต รองลงมาคือ การบาดเจ็บ และโรคตับแข็ง คิดเป็นร้อยละ 56, 23 และ 9 ตามลำดับ<sup>2,3</sup> เมื่อพิจารณาจากภาพรวมว่า ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ภาคเหนือมีผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรามากที่สุด ร้อยละ 39.20 รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 37<sup>4</sup>

จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นในผู้ป่วยที่มารับการรักษารื่องสุราในโรงพยาบาลจังหวัดมหาสารคามแบบผู้ป่วยใน พบว่า ในปีงบประมาณ 2553, 2554 และ 2555 มีจำนวน 69, 75 และ 101 ราย ตามลำดับ

และมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 7-9 วัน เฉลี่ย 7.40 วัน ระหว่างรับไว้รักษาพบภาวะสับสนจากการถอนพิษสุราเกิดขึ้นใหม่จนเกิดอุบัติเหตุตกเตียงและกระโดดจากที่สูง (ร้อยละ 2) มีอาการชักซ้ำ (ร้อยละ 3.70) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินอาการถอนพิษสุราที่ถูกต้อง รวดเร็ว (ร้อยละ 48) และได้รับยาในช่วงที่มีอาการถอนพิษสุราไม่เพียงพอก่อนที่จะส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม (ร้อยละ 31) มีผู้ป่วยบางรายอาการถอนพิษสุราไม่รุนแรง แต่ได้รับการส่งมารักษาต่อ (ร้อยละ 19)<sup>5,6</sup> สะท้อนว่าผู้ที่ติดสุรายังไม่ได้รับการประเมินความเสี่ยง ความรุนแรงของอาการขาดสุรา และการรักษาที่เหมาะสมทันทีที่ตั้งแต่แรกเริ่มมีอาการ หากได้รับการประเมิน ดูแล รักษาอย่างเหมาะสม ทันเวลา จึงจะสามารถป้องกันการเกิดภาวะถอนพิษสุราเพื่อขั้นรุนแรง (delirium tremens) ได้ ในปี พ.ศ. 2556 ผู้วิจัยได้นำแนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน (clinical practice guideline for alcohol withdrawal syndrome; CPG-AWS) มาทดลองใช้ พบว่า จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลลดลง ภาวะแทรกซ้อนลดลง ผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุราไม่รุนแรงไม่ต้องนอนโรงพยาบาลสามารถรักษาเป็นผู้ป่วยนอกได้<sup>6</sup> ผู้วิจัยจึงนำ CPG-AWS มาปรับปรุงเพิ่มเติมเรื่องการคัดกรองผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราด้วยแบบคัดกรอง alcohol, smoking and substance involvement screening test-Thai version (ASSIST-Thai) เพื่อใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคามขยายผลใช้กับโรงพยาบาลอำเภอในเครือข่ายให้เป็นแนวทางการรักษารูปแบบเดียวกันทั้งจังหวัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษา ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพิ่มศักยภาพและความเข้มแข็งของโรงพยาบาลอำเภอในการดูแลผู้ป่วย โดยเริ่มดำเนินงานตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 จนถึงปัจจุบัน ผู้วิจัยจึงทำการรวบรวมข้อมูลจากเวชสถิติของโรงพยาบาล

อำเภอในเครือข่ายทั้งหมดรวม 12 แห่ง เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ International Classification of Diseases (ICD-10) ด้วยรหัส F10.1-F10.5 ที่ได้รับการดูแลตาม CPG-AWS และศึกษาอัตราการเข้าถึงบริการเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (analytic study) เปรียบเทียบอัตราการเข้าถึงบริการและผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่เข้ามารับบริการของโรงพยาบาลอำเภอ 12 แห่งในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคามตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2556 - 31 มกราคม พ.ศ. 2561 และได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัย ICD-10 ว่าเป็นผู้ที่ดื่มสุราแบบผิดแผน (alcohol abuse: F10.1) ผู้ที่ติดสุรา (alcohol dependence : F10.2) ผู้ที่มีอาการถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal: F10.3) ผู้ที่มีภาวะสับสนจากการดื่มสุรา (alcohol withdrawal state with delirium: F10.4) ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมแบบโรคจิตเนื่องมาจากการใช้สุรา (mental and behavioral disorders due to use of alcohol: psychotic disorder: F10.5)<sup>7</sup>

แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน (clinical practice guideline for alcohol withdrawal syndrome; CPG-AWS) พัฒนาโดย Suwanna Arunpongpaisal เมื่อปี พ.ศ. 2555<sup>8</sup> เน้นการประเมินอาการถอนพิษสุราโดยใช้แบบประเมิน clinical institute withdrawal assessment for alcohol-revised version (CIWA-Ar)<sup>6</sup> การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และให้ยาสงบอาการ รวมทั้งเฝ้าระวัง

อาการข้างเคียงต่างๆอย่างใกล้ชิดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นช่วงการเกิดภาวะถอนพิษสุราได้อย่างปลอดภัย อาศัยหลัก 5S<sup>5</sup> คือ 1. การทำให้ผู้ป่วยสงบ (sedation) 2. การรักษาเพื่อบรรเทาอาการร่วมอื่นๆ (symptomatic relief) 3. การทดแทน (supplement) เป็นการทดแทนสารอาหารหรือเกลือแร่ที่บกพร่องไป 4. การดูแลด้านสิ่งแวดล้อม (supportive environment) 5. การดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ (standard care) ผู้วิจัยได้นำมาศึกษาและปรับปรุงใช้ในโรงพยาบาลมหาสารคามเมื่อปี พ.ศ. 2556<sup>6</sup> โดยเพิ่มขึ้นตอนการคัดกรองด้วยแบบคัดกรอง ASSIST-Thai เพื่อใช้คัดกรองปัญหาการดื่มสุราทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน<sup>5</sup> แบบคัดกรอง ASSIST-Thai ได้รับการทดสอบการใช้ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย แบบคัดกรอง ASSIST มีความจำเพาะอยู่ในช่วงร้อยละ 50-96 ความไวอยู่ในช่วงร้อยละ 54-97 สำหรับสารเสพติดส่วนใหญ่<sup>9</sup> แบบคัดกรอง ASSIST เหมาะกับการนำไปใช้ในโรงพยาบาลอำเภอซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิตั้งแต่ทุติยภูมิซึ่งเป็นหน่วยบริการที่ต้องรับดูแลผู้ป่วยตั้งแต่กลุ่มเสี่ยงจนถึงกลุ่มป่วย และสามารถคัดกรองได้ทั้งปัญหาสุราและยาเสพติดที่มักพบร่วมกัน<sup>5</sup> หากผลการคัดกรองเป็นบวก ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินตาม CPG-AWS โดยเริ่มมีการใช้ทั่วถึงทุกอำเภอตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557

การนำแนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยในซึ่งปรับปรุงให้ครอบคลุมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงไปใช้ในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้ 1) การเตรียมความพร้อมของหน่วยงานและบุคลากรในโรงพยาบาลอำเภอทั้ง 12 แห่ง โดยจัดประชุมทีมบุคลากรผู้ปฏิบัติงานจากทุกอำเภอเกี่ยวกับคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราประกอบด้วยแบบคัดกรอง ASSIST-Thai, แบบประเมิน CIWA-Ar, แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการถอนสุรา (CPG-AWS)

และแนวทางการพิจารณาการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน หรือพิจารณาส่งต่อ ผู้เข้ารับการอบรม ประกอบด้วย แพทย์ทั่วไป 14 คน พยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด 15 คน และพยาบาลวิชาชีพ ทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จำนวน 32 คน โดยให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดแสดงข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อการใช้แนวทาง 2) ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัยประชุมกลุ่มร่วมกัน สอนและแนะนำบุคลากรสาธารณสุข ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการใช้แบบคัดกรอง ASSIST-Thai การประเมินอาการถอนสุราและการใช้ CPG-AWS ในการให้บริการแต่ละครั้ง โดยจัดการอบรม 2 ครั้งใน 1 ปี เพื่อทบทวนความรู้และทักษะการทำงาน โดยผู้วิจัยและทีมงานซึ่งเป็นบุคลากรในกลุ่มงานสุขภาพจิต จิตเวช และยาเสพติดของโรงพยาบาลมหาสารคาม 7 ครั้ง ต่อแห่ง หรือทั้งหมด 84 ครั้งในระยะเวลาที่ศึกษา 3) การติดตามโดยผู้วิจัยและทีมงานซึ่งเป็นบุคลากรในกลุ่มงานสุขภาพจิต จิตเวช และยาเสพติดของโรงพยาบาลมหาสารคาม ประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยาคลินิก มีการติดตามการใช้แนวทางการดูแลผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรม การดื่มสุราและการเก็บรวบรวมบันทึกข้อมูลทุก 3 เดือน พร้อมกับมีการนิเทศงานในโรงพยาบาลอำเภอทั้ง 12 แห่ง ทุก 6 เดือน 4) การจัดการข้อมูลสารสนเทศ โดยใช้แบบฟอร์มในการบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบไปด้วยเลขที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล วันเดือนปีที่บันทึก เพศ อายุ รหัสการวินิจฉัย จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนระหว่างนอนโรงพยาบาล ประเภทการรักษาของผู้ป่วย สาเหตุที่ได้รับการส่งต่อ หากเป็นผู้ป่วยคนเดียวจะลงเป็นแบบบันทึกต่อเนื่องเพื่อติดตามการรักษา และระยะเวลาการหยุดดื่มสุรา (remission) ลงข้อมูลในแบบบันทึก excel ตรวจสอบความถูกต้องโดยพยาบาลจิตเวชและยาเสพติดก่อนส่งข้อมูลให้ผู้วิจัยตรวจสอบ

การศึกษานี้รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัด

มหาสารคาม ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2556 - 31 มกราคม พ.ศ. 2561 เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการนำแนวทางการดูแลผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรม การดื่มสุรามาใช้ การสอบถามผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรม การดื่มสุรา ญาติผู้ดูแล เจ้าหน้าที่ประจำตึก หากมีผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีปัญหาพฤติกรรมจากการดื่มสุราแต่ไม่ยินยอมให้ประเมิน ผู้เก็บข้อมูลจะลงเป็นจำนวนไว้ และหากข้อมูลที่ได้ไม่สมบูรณ์จะไม่นำเข้ามาในการศึกษา ข้อมูลที่นำมาศึกษาประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป เลขที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล วันเดือนปีที่บันทึก เพศ อายุ รหัสการวินิจฉัย ประเภทการรักษาของผู้ป่วย 2) ผลลัพธ์ทางคลินิก ประเมินจากจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลหากได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน การเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างนอนโรงพยาบาล รวมถึงสาเหตุที่ส่งต่อ และระยะเวลาหยุดดื่มสุรา (remission) 3) อัตราการเข้าถึงบริการ ประเมินจาก จำนวนผู้ป่วยติดสุรา F10.2 ที่ได้รับการวินิจฉัยสะสมรายปีหารด้วยจำนวนผู้ป่วยที่คาดประมาณจากความชุกที่ 0.018<sup>10</sup>

การวิเคราะห์ผลใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้ Odds ratio และ Chi-square เพื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้เข้ารับบริการ ก่อนและหลังแนวทางการดูแลผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรม การดื่มสุราในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม หมายเลข MSKH\_REC 61-01-001

## ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลอำเภอ จังหวัดมหาสารคาม ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2556 - 31 มกราคม พ.ศ. 2561 มีจำนวนทั้งสิ้น 4,258 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการก่อนใช้แนวทาง 648 ราย หลังใช้แนวทาง 3,610 ราย ผู้ป่วยอายุน้อยที่สุด 15 ปีอายุ

มากที่สุด 93 ปี อายุเฉลี่ยผู้ป่วยก่อนใช้แนวทางเท่ากับ 40.15±10.73 ปี หลังใช้แนวทางเท่ากับ 40.79± 11.93 ปี

เมื่อวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างหลังการนำแนวทางมาใช้ พบว่า ผู้ที่ได้รับการคัดกรองด้วยแบบประเมิน ASSIST จำนวน 3,610 ราย ส่วนใหญ่พบความเสี่ยงระดับมากคิดเป็นร้อยละ 59.42 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็น F10.2 (ร้อยละ 40.89) รองลงมาเป็น F10.3 (ร้อยละ 32.52) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก 2,471 ราย (ร้อยละ 68.45) ผู้ป่วยใน 996 ราย (ร้อยละ 27.59) และผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ 143 ราย (ร้อยละ 3.96) สาเหตุการส่งต่อทั้งภายในและภายนอกจังหวัดส่วนใหญ่เกิดจากมีอาการ

ทางจิตจำนวน 58 ราย (ร้อยละ 40.56) ไปบำบัดต่อเองระยะยาวจำนวน 44 ราย (ร้อยละ 30.77) และมีอาการชักจำนวน 21 ราย (ร้อยละ 14.69) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.07± 2.59 วัน ผู้ป่วยมีวันนอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 1-28 วัน ผู้ป่วยซึ่งได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในพบภาวะแทรกซ้อน จำนวน 82 ราย (ร้อยละ 8.23) ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด คือ ภาวะเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ จำนวน 49 ราย (ร้อยละ 4.92) ผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราสามารถเลิกดื่มสุราติดต่อกันตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป (sustained full remission) มีจำนวน 108 ราย (ร้อยละ 2.99) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

หัวข้อ	ก่อนใช้แนวทาง N (%)	หลังใช้แนวทาง N (%)
<b>เพศ</b>	<b>รวม 648 (100)</b>	<b>รวม 3,610 (100)</b>
ชาย	610 (94.14)	3,445 (95.43)
หญิง	38 (5.86)	165 (4.57)
<b>การวินิจฉัย (ICD-10)</b>	<b>รวม 648 (100)</b>	<b>รวม 3,610 (100)</b>
ผู้ที่มีสุราแบบผิดแผน (F10.1)	13 (2.00)	291 (8.06)
ผู้ที่มีติดยา (F10.2)	247 (38.12)	1,476 (40.89)
ผู้ที่มีอาการถอนพิษสุรา (F10.3)	234 (36.11)	1,174 (32.52)
ผู้ที่มีภาวะสับสนจากการดื่มสุรา (F10.4)	41 (6.33)	136 (3.77)
ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมแบบโรคจิตเนื่องมาจากการใช้สุรา (F10.5)	113 (17.44)	533 (14.76)
<b>ประเภทผู้ป่วย</b>	<b>รวม 648 (100)</b>	<b>รวม 3,610 (100)</b>
ผู้ป่วยนอก (OPD)	380 (58.64)	2,471 (68.45)
ผู้ป่วยใน (IPD)	226 (34.88)	996 (27.59)
ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยใน ภาวะเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ	3 (1.33)	49 (4.92)
ภาวะปอดติดเชื้อ	4 (1.77)	33 (3.31)
ผู้ป่วยส่งต่อ (Refer)	42 (6.48)	143 (3.96)
สาเหตุที่ส่งต่อ มีอาการทางจิต	17 (40.48)	58 (40.56)
มีอาการชัก	4 (9.52)	21 (14.69)
มีภาวะสับสน	3 (7.15)	3 (2.10)
ไปบำบัดต่อเองระยะยาว	14 (33.33)	44 (30.77)
ภาวะขาดสุรารุนแรง	4 (9.52)	17 (11.88)
<b>ผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาต่อเนื่องตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป</b>	-	526 (14.57)
ผู้ป่วยที่สามารถเลิกดื่มสุราเด็ดขาดนานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป	-	108 (2.99)
ผู้ป่วยที่สามารถเลิกดื่มสุราได้บางส่วนนานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป	-	314 (8.70)
ผู้ป่วยที่กลับมาใช้สุราซ้ำหลังติดตามการรักษา	-	104 (2.88)
<b>ผู้ที่ได้รับการคัดกรองด้วย ASSIST-Thai</b>	<b>รวม 648 (100)</b>	<b>รวม 3,610 (100)</b>
ระดับความเสี่ยงน้อย	13 (2.00)	291 (8.06)
ระดับความเสี่ยงปานกลาง	234 (36.10)	1,174 (32.52)
ระดับความเสี่ยงมาก	401 (61.90)	2,145 (59.42)

เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการนำแนวทางการดูแลผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในแผนการจัดบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคามมาใช้ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น 1.53 เท่า (odds ratio 1.53, 95%CI=1.29-1.82,  $p < 0.01$ ) ผู้ป่วยในและผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (odds ratio 0.71, 95%CI=0.60-0.85,  $p < 0.01$ , odds ratio 0.60, 95%CI=0.42-0.85,  $p < 0.01$  ตามลำดับ) วันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก  $2.46 \pm 1.70$  วัน เป็น  $3.21 \pm 2.73$  วัน และสาเหตุการส่งต่อจากภาวะสับสนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (odds ratio 0.18, 95%CI=0.04-0.89,  $p = 0.02$ ) (ตารางที่ 2)

จำนวนผู้เข้ารับบริการที่เจ้าหน้าที่สงสัยมีปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราแต่ไม่ยินยอมให้คัดกรองและประเมินอาการตามแนวทางเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากการใช้นโยบายคิดเป็น 1.91 เท่า (odds ratio 1.91, 95%CI=1.72-2.12,  $p < 0.01$ ) และพบว่าจำนวนผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมจากสุราที่มีระดับความเสี่ยงน้อยจากการประเมินด้วย ASSIST-Thai เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการนำแนวทางมาใช้คิดเป็น 4.28 เท่า (odds ratio 4.28, 95%CI=2.44-7.51,  $p < 0.01$ ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้นโยบายการดูแลผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม

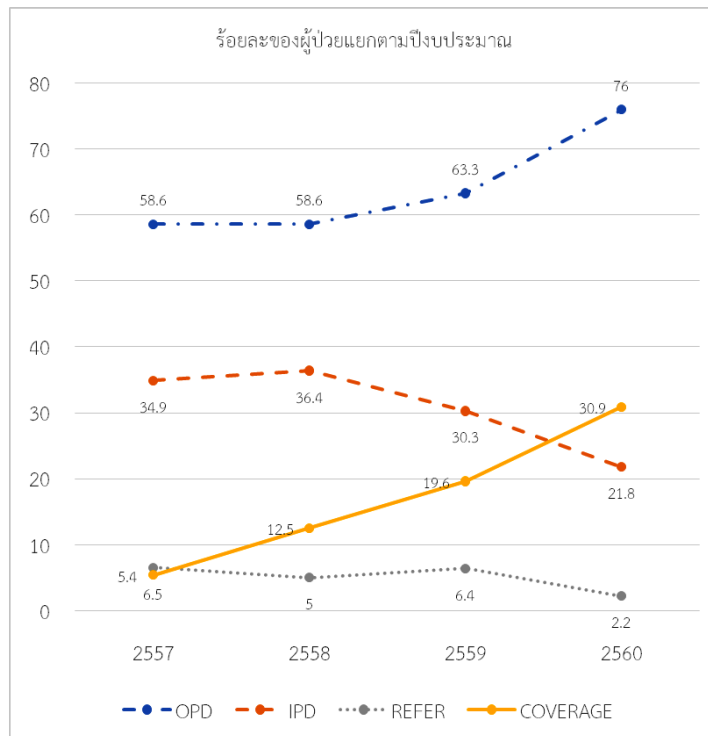
หัวข้อ	ก่อนใช้นโยบาย N (%)	หลังใช้นโยบาย N (%)	Odds ratio	95%CI	p-value
ผู้ป่วยนอก (OPD)	380 (58.60)	2,471 (68.40)	1.53	1.29-1.82	< 0.01
ผู้ป่วยใน (IPD)	226 (34.90)	996 (27.60)	0.71	0.60-0.85	< 0.01
ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยใน					
ภาวะเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ	7 (1.10)	82 (2.30)	2.13	0.98-4.63	0.05
ภาวะปอดติดเชื้อ	3 (0.50)	49 (1.40)	2.96	0.92-9.52	0.06
ภาวะปอดติดเชื้อ	4 (0.60)	33 (0.90)	1.49	0.52-4.21	0.45
ผู้ป่วยส่งต่อ (Refer)	42 (6.50)	143 (4.00)	0.60	0.42-0.85	< 0.01
สาเหตุที่ส่งต่อ มีอาการทางจิต	17 (2.60)	58 (1.60)	0.61	0.35-1.05	0.07
มีอาการชัก	4 (0.60)	21 (0.60)	0.94	0.32-2.75	0.91
มีภาวะสับสน	3 (0.50)	3 (0.10)	0.18	0.04-0.89	0.02
ไปบำบัดต่อเนื่องระยะยาว	14 (2.20)	44 (1.20)	0.56	0.30-1.03	0.06
ภาวะขาดสารรุนแรง	4 (0.60)	17 (0.50)	0.76	0.26-2.27	0.62
ผู้ที่เจ้าหน้าที่สงสัยมีปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราได้รับการคัดกรองและประเมินอาการ					
ยินยอมให้คัดกรองและประเมิน	648 (35.00)	3,610 (50.60)	1.91	1.72-2.12	< 0.01
ไม่ยินยอมให้คัดกรองและประเมิน	1,206 (65.00)	3,522 (49.40)			
ผู้ที่ได้รับการคัดกรองด้วย ASSIST-Thai					
ระดับความเสี่ยงน้อย	13 (2.00)	291 (8.06)	4.28	2.44-7.51	< 0.01
ระดับความเสี่ยงปานกลาง	234 (36.10)	1,174 (32.52)	0.85	0.72-1.02	0.74
ระดับความเสี่ยงมาก	401 (61.90)	2,145 (59.42)	0.90	0.76-1.07	0.24

เมื่อวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วย F10.2 ที่เข้าถึงบริการสะสมรายปีตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2561<sup>11,12</sup> พบว่า มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 648 ราย (อัตราการเข้าถึงบริการร้อยละ 5.40) ในปี 2557 เป็น 4,258 ราย

(อัตราการเข้าถึงบริการร้อยละ 35.10) ในปี พ.ศ. 2561 ( $p < 0.01$ ) (ตารางที่ 3) และเมื่อดูความสัมพันธ์พบว่า สัดส่วนผู้ที่เข้าถึงบริการสะสมรายปีมีความสัมพันธ์ทางตรงกับสัดส่วนผู้ป่วยนอก (แผนภูมิที่ 1)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ติดสุราที่เข้าถึงบริการสะสมรายปี

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้ป่วยสะสมทั้งหมดที่ได้รับ การวินิจฉัยและรักษา	จำนวนผู้ป่วยที่คาดประมาณจาก ความชุกที่ได้จากการสำรวจ	ร้อยละของการเข้าถึง บริการสะสม
2557	648	12,034	5.40
2558	1,516	12,126	12.50
2559	2,380	12,139	19.60
2560	3,749	12,139	30.90
2561	4,258	12,139	35.10



แผนภูมิที่ 1 แสดงร้อยละของผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคามตามรูปแบบ การรักษา และร้อยละของผู้ป่วยที่ติดสุราที่เข้าถึงบริการสะสม แยกรายปี (คิดเต็มปีงบประมาณ)



## วิจารณ์

ลักษณะประชากรกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา  
นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Vardy และคณะ<sup>13</sup>  
ที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินที่นอนรักษาตัวใน  
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในสหราชอาณาจักร ที่พบ  
ว่า ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ที่ติดสุราและเป็น  
เพศชายมากกว่าเพศหญิง คล้ายคลึงกับการศึกษาใน  
ประเทศอังกฤษอีกสามการศึกษา<sup>14,15,16</sup> ที่พบว่า ผู้ป่วย  
ส่วนใหญ่ที่นอนโรงพยาบาลเป็นเพศชาย อายุอยู่ในช่วง  
วัยกลางคน พบมากที่ช่วงอายุระหว่าง 45-64 ปี โดยมี  
ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 14 ปี และที่มีอายุมากกว่า 75  
ปี ซึ่งในการศึกษานี้ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 40.69± 11.76 ปี  
โดยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยสุด คือ 15 ปี อายุมากที่สุด 93 ปี

การนำแนวทางการดูแลผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรม  
การดื่มสุรามาใช้ในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ  
จังหวัดมหาสารคามทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการมากขึ้น  
ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคติดสุราในจังหวัดเข้าถึงบริการ  
สะสมเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการใช้แนวทาง  
เมื่อสิ้นสุดการศึกษานี้อัตราการเข้าถึงบริการสะสม  
รายปีของผู้ติดสุราในจังหวัดมหาสารคามเพิ่มขึ้นจน  
เป็นอันดับที่สองของประเทศ ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน  
พ.ศ. 2560 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 และเป็นอันดับ 1  
ของประเทศในเดือนเมษายน พ.ศ. 2561<sup>12</sup> ซึ่งน่าจะ  
เป็นผลจากการเพิ่มการใช้แบบคัดกรอง ASSIST-Thai  
เพื่อค้นหาผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา (case  
identification) เพิ่มเติมจากการใช้ CPG-AWS รวมถึง  
การจัดอบรมและนิเทศติดตามอย่างสม่ำเสมอทุก  
6 เดือน ทำให้บุคลากรมีความรู้และทักษะเพียงพอใน  
การคัดกรองค้นหาและดูแลทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วย

ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า ผู้ป่วยมีจำนวน  
วันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับ  
ก่อนการใช้แนวทางการดูแลผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรม  
การดื่มสุราในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพจังหวัด  
มหาสารคาม แตกต่างจากการศึกษาในโรงพยาบาล  
มหาสารคาม<sup>6</sup> ที่พบว่า หลังจากมีการใช้ CPG-AWS  
ผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลงเหลือเฉลี่ยที่

4.75 วัน จากเดิมอยู่ระหว่าง 7-9 วัน และแตกต่างจาก  
ศึกษาของ Muzyk และคณะ ที่ศึกษาเปรียบเทียบก่อน  
และหลังการรักษาผู้ป่วยภาวะถอนสุรา พบว่า ผู้ป่วยมี  
วันนอนโรงพยาบาลลดลงจากเฉลี่ยที่ 5 วัน เป็น 4 วัน<sup>17</sup>  
เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาล  
อำเภอ ซึ่งเดิมจะส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้สู่โรงพยาบาล  
จังหวัด เมื่อโรงพยาบาลมีศักยภาพในการรักษาแบบ  
ผู้ป่วยในมากขึ้น การส่งต่อลดลง ส่งผลให้จำนวนวัน  
นอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มนี้น่าจะขึ้น ในการ  
ศึกษานี้ไม่พบการเสียชีวิต คล้ายคลึงกับการศึกษาของ  
Lodthanong และคณะ<sup>18</sup> ที่ทำการศึกษาในโรงพยาบาล  
ศรีนครินทร์ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 50 จะหายจากภาวะ  
ขาดสุราเมื่อเข้าสู่วันที่ 3 และผู้ป่วยทั้งหมดจะหายจาก  
ภาวะขาดสุราในวันที่ 5 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ  
และไม่มีการเสียชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Foy  
และคณะที่พบภาวะแทรกซ้อนขณะนอนโรงพยาบาล  
ของผู้ป่วยสุราร้อยละ 21 ไม่พบการเสียชีวิต<sup>19</sup>

การศึกษานี้พบผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่ม  
สุราสามารถเลิกดื่มสุราติดต่อกันตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป  
(sustained full remission) มีจำนวน 108 ราย (ร้อยละ  
2.99) แตกต่างจากการศึกษาอีก 2 การศึกษาคือ การ  
ศึกษาของ Moos และ Moos ที่ติดตามผู้ป่วยเป็นเวลา  
3 ปี พบร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือไม่กลับไป  
ดื่มสุราร้อยละ 62.40 และในผู้ป่วยที่ไม่เข้ากลุ่มช่วย  
เหลือไม่กลับไปดื่มซ้ำร้อยละ 43.40<sup>20</sup> และการศึกษา  
ของ Hans-Jürgen และคณะที่ติดตามผู้ป่วยนาน  
2 ปี พบว่า ผู้ป่วยมีร้อยละของการไม่กลับไปดื่มสุราคือ  
ร้อยละ 90.80<sup>21</sup> อัตราการเลิกดื่มสุราติดต่อกัน 1 ปีขึ้นไป  
ในการศึกษานี้ต่ำกว่าที่พบในการศึกษาอื่นอาจเกิด  
การกลุ่มผู้ป่วยใน 2 การศึกษาข้างต้น เป็นกลุ่มที่สมัคร  
ใจเข้ารับการรักษาหรือเข้าร่วมการศึกษา ต่างกับการ  
ศึกษานี้ซึ่งเป็นการศึกษากลุ่มผู้ป่วยทั้งหมด นอกจากนี้  
ทั้ง 2 การศึกษาทำในประเทศเศรษฐกิจระดับสูง ซึ่งมีข้อ  
จำกัดของระบบบริการพื้นฐานเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วยสุรา  
น้อยกว่าที่พบในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม

ก่อนการใช้แนวทาง ผู้ป่วยบางรายที่มีอาการ  
ถอนพิษสุราไม่รุนแรง ยังได้รับการส่งรักษาต่อไป  
โรงพยาบาลจังหวัดเนื่องจากเกินศักยภาพการดูแลของ  
โรงพยาบาลอำเภอ<sup>6,22</sup> หลังการใช้แนวทางนี้พบว่าผู้ป่วย  
ที่มีอาการถอนพิษสุราไม่รุนแรงไม่ต้องนอนโรงพยาบาล  
สามารถรักษาเป็นผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ  
ทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ  
ผกาแพร<sup>6</sup> ที่ทำการศึกษาก่อนหน้านี้ในจังหวัด  
มหาสารคาม การส่งต่อผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญ  
ทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) สาเหตุการส่งต่อจากภาวะสับสน  
ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.02$ ) สอดคล้อง  
กับการศึกษาของ Muzyk และคณะ ที่พบว่า สัดส่วน  
ของผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนลดลงจากร้อยละ 17.80 เป็น  
15.30<sup>17</sup> การส่งต่อที่ลดลงน่าจะเป็นผลมาจากการที่  
โรงพยาบาลอำเภอมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มี  
อาการไม่รุนแรงเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่ส่งต่อเนื่องจากภาวะ  
สับสนลดลงสะท้อนว่าสัดส่วนผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงลด  
ลงและช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายถึงชีวิตด้วย  
การศึกษานี้มีข้อจำกัดในเรื่อง 1) ความสมบูรณ์  
ของข้อมูล ซึ่งได้รับการแก้ไขโดยการตรวจสอบความ  
สมบูรณ์ซ้ำก่อนนำเสนอให้ผู้วิจัยทุก 3 เดือน และหาก  
ผู้วิจัยตรวจสอบพบความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลอีกแก้ไข  
โดยการค้นจากเวชระเบียนซึ่งมีการเก็บลงฐานข้อมูล  
อิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง 2) การคัด  
กรองด้วย ASSIST-Thai ที่ไม่ได้ลงเป็นค่าคะแนน แต่  
ลงเป็นระดับความเสี่ยงของปัญหาการดื่มสุรา จึงควรมี  
การเก็บเป็นคะแนน ASSIST ด้วยในครั้งถัดไป 3) ทักษะ  
ของแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาลในตึกเกี่ยวกับการใช้  
CPG-AWS ทางผู้วิจัยควรมีการประเมินความเข้าใจหลัง  
การฝึกอบรมที่ชัดเจนขึ้น 4) ผู้ป่วยที่ติดตามการรักษา  
ต่อเนื่องตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนไม่มาก แต่มีจุดเด่น  
เรื่องความร่วมมือของผู้ป่วยในการยินยอมให้คัดกรอง  
และประเมินตามแนวทางเนื่องจากผู้ที่ประเมินหรือเก็บ  
ข้อมูลเป็นเจ้าหน้าที่พยาบาลในโรงพยาบาลอำเภอที่มี  
ความใกล้ชิดกับผู้ป่วยในอำเภอของตนเอง ออก

เยี่ยมบ้านผู้ป่วยและทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับชุมชน  
ทำให้ผู้ป่วยเชื่อใจและยินยอมให้คัดกรองและประเมิน  
ตามแนวทางนี้ อีกทั้งเป็นการเก็บข้อมูลระยะยาว  
โดยแบบฟอร์มเดียวกัน ได้รับการติดตามและนิเทศรูปแบบ  
เดียวกันทุกแห่ง ทำให้ข้อมูลที่ได้เป็นไปในแนวทาง  
เดียวกัน 5) ก่อนมีกรรณำแนวทางการดูแลผู้ที่มีปัญหา  
พฤติกรรมการดื่มสุราในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ  
จังหวัดมหาสารคาม ผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา  
ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเองด้วย  
ปัญหาจากสุราต่างๆ ในขณะที่หลังมีกรรณำ  
แนวทางนี้มาใช้พบผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราที่มี  
ความรุนแรงน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและ  
หลังใช้แนวทางนี้จึงพบความแตกต่างได้ง่ายกว่ากลุ่ม  
ที่มีพื้นฐานคล้ายกัน โดยสังเกตจากระดับความเสี่ยง  
ที่ได้จากการคัดกรองด้วยแบบประเมิน ASSIST-Thai  
คือ หลังการนำแนวทางมาใช้มีผู้ที่มีความเสี่ยงในระดับ  
เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษานี้ ทำให้ทราบผลของการใช้แนวทางการ  
ดูแลผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราในแผนพัฒนา  
ระบบบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ส่งผลต่อการ  
ดูแลผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราดีขึ้น ครอบคลุม  
สามารถนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงการดูแลผู้ที่มีปัญหา  
พฤติกรรมการดื่มสุราในจังหวัดมหาสารคาม เพื่อให้เกิด  
ประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มมากขึ้น ทั้งการรักษา  
ผู้ป่วยแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทำให้การเข้าถึง  
บริการเพิ่มขึ้น ครอบคลุมมากขึ้นในจังหวัด นอกจากนี้  
ยังสามารถใช้ข้อมูลจากการศึกษาไปพัฒนาศักยภาพ  
ของผู้เกี่ยวข้องที่ปฏิบัติงานในแต่ละโรงพยาบาลอำเภอ  
และควรมีแนวทางสำหรับการคัดกรองของเจ้าหน้าที่  
อาสาสมัครชุมชนหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน และคนในชุมชน  
รวมถึงแนวทางการฟื้นฟูหลังจากการรักษาของผู้ป่วย  
กลุ่มนี้ โดยการหารือร่วมกับชุมชนให้ชุมชนมีส่วนร่วม  
ทุกด้านไม่ว่าจะเป็นด้านส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา  
และฟื้นฟู เพื่อความยั่งยืนต่อไป

## สรุป

ผลของการใช้แนวทางการดูแลผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมติดสุราในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคามทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการมากขึ้น และผลลัพธ์ทางคลินิกมีการดูแลรักษาผู้ป่วยดีขึ้น มีแนวทางการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมติดสุราทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ชัดเจน เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รศ.พญ. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล พญ.ดุษฎี จีตติกรกุลวิทย์ และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลอำเภอทั้ง 12 แห่งของจังหวัดมหาสารคาม ที่มีส่วนทำให้งานวิจัยนี้เกิดขึ้นและเสร็จสมบูรณ์

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health - 2014 ed. Luxembourg: World Health Organization; 2014.
2. Thamarangsi T, editor. Ten featured situations of alcohol drinking and effects in Thailand 2013. Nonthaburi: center for alcohol studies; 2013.
3. Saengow U, Vichitkunakorn P, Assanangkornchai S, editors. Facts and figures: alcohol in Thailand. 1<sup>st</sup> ed. Nonthaburi: center for alcohol studies; 2016.
4. Lekfeungfu N, Tharnpanich N, Thajareern K, Wongwaisirawat S, Witvorapong N. Situations of alcohol drinking in the north east in Thailand 2015. Nonthaburi: center for alcohol studies; 2015.

5. Assanangkornchai S, Arunpongpaisal S. Alcohol use disorders and related problems: significant. 1<sup>st</sup> ed. Bangkok: Sahamit Phatthanakanphim (1992); 2014.
6. Voraseyanont P. Effectiveness of using clinical practice guideline for alcohol withdrawal syndrome (CPG-AWS) in inpatient department at Mahasarakham hospital. Mahasarakham Hospital journal. 2014; 11: 56-9.
7. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry 11<sup>th</sup> ed. Philadelphia: William & Wilkins; 2015.
8. Arunpongpaisal S. Clinical guideline of alcohol withdrawal in IPD at Srinagarind hospital. Khon kaen university; 2013.
9. Humeniuk R, Ali R, Babor TF, Farrell M, Formigoni ML, Jittiwutikarn J, et al. Validation of the Alcohol, Smoking And Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Addiction 2008; 103: 1039-47.
10. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Assanangkornchai S, Supanya S. Thai national mental health survey 2013: methodology and procedure. J Ment Health Thai 2016; 24: 1-14.
11. Health Data Center - Report [Internet]. [cited 2018 Mar 10]. Available from: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=populationpyramid.php&cat\\_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=db4e8d42e1234a75bd03d430c31feb2f](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=populationpyramid.php&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=db4e8d42e1234a75bd03d430c31feb2f)
12. Alcohol Use Disorder\_21052561.pdf [Internet]. [cited 2018 Jun 10]. Available from: [http://thaialcohol.in.th/pdf/AUD\\_21052561.pdf](http://thaialcohol.in.th/pdf/AUD_21052561.pdf)

13. Vardy J, Kelihe T, Fisher J, Ritchie F, Bell C, Chekroud M, et al. Quantifying alcohol-related emergency admissions in a UK tertiary referral hospital: a cross-sectional study of chronic alcohol dependency and acute alcohol intoxication. *BMJ Open* 2016; 6: e010005. doi:10.1136/bmjopen-2015-010005.
14. Green MA, Strong M, Conway L, Maheswaran R. Trends in alcohol-related admissions to hospital by age, sex and socioeconomic deprivation in England. *BMC Public Health* 2017; 17: 412.
15. Health & Social Care Information Centre. Statistics on Alcohol England, 2016. Health and Social Care Information Centre. 2016.
16. Stats Team, NHS Digital. Statistics on Alcohol England, 2017. NHS Digital, part of the Government Statistical Service. 2017.
17. Muzyk AJ, Rogers RE, Dighe G, Hartung J, Musser RC, Stillwagon MJ, et al. Impact of an alcohol withdrawal treatment pathway on hospital length of stay: A retrospective observational study comparing pre and post pathway implementation. *J Psychiatr Pract* 2017; 23: 233-41.
18. Lodthanong S, Piyavhatkul N, Arunpongpaisal S, Paholpak P, Bunphoon S. Remission rate of Alcohol Withdrawal Syndrome using the Srinagarind Hospital Clinical Practice Guideline. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2015; 60: 139-48.
19. Foy A, Kay J, Taylor A. The course of alcohol withdrawal in a general hospital. *QJM* 1997 ; 90: 253-61.
20. Moos RH, Moos BS. Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction* 2006; 101: 212-22.
21. Rampf HJ, Bischof G, Hapke U, Meyer C, John U. Stability of remission from alcohol dependence without formal help. *Alcohol Alcohol* 2006; 41: 311-4.
22. Data center of Mahasarakham Hospital. Statistics of patient in Mahasarakham hospital. Mahasarakham: Mahasarakham hospital; 2018.